



แบบประเมินความพึงพอใจและการรับรู้ข้อมูลข่าวสารต่อการดำเนินงาน

กองทุนหลักประกันสุขภาพ อบต.หรือเทศบาล.....

กรุณาทำเครื่องหมาย เพื่อตอบคำถามต่อไปนี้

ส่วนที่ ๑ ข้อมูลทั่วไป

๑. เพศ [] ชาย [] หญิง
๒. อายุ..... ปี
๓. ระดับการศึกษาสูงสุด [] ประถมศึกษา [] มัธยมศึกษาตอนต้น
[] มัธยมศึกษาตอนปลาย/เทียบเท่า [] ปวส./ อนุปริญญา
[] ปริญญาตรี/เทียบเท่า หรือสูงกว่า [] อื่นๆ ระบุ.....
๔. อาชีพ [] เกษตรกรรม [] ค้าขาย /ธุรกิจ/กิจการส่วนตัว
[] พนักงานบริษัท/โรงงาน [] พ่อบ้าน, แม่บ้าน
[] นักเรียน, นักศึกษา [] ผู้ใช้แรงงาน/รับจ้างทั่วไป
[] รับราชการ [] อสม.
[] อื่นๆ โปรดระบุ.....

ส่วนที่ ๒ การรับรู้และความพึงพอใจต่อการดำเนินงานของกองทุนหลักประกันสุขภาพ

๑. ท่านรู้จัก กองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ หรือไม่
[] รู้จัก [] ไม่รู้จัก
๒. กองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ มีการดำเนินงานด้านใด
[] ส่งเสริมและจัดกิจกรรมเพื่อสร้างเสริมสุขภาพของคนในชุมชน
[] จัดสรรเงินกู้หรือจัดสวัสดิการให้กับคนในชุมชนที่มีปัญหาทางการเงิน
๓. ท่านได้รับการบริการใดจาก กองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ (ตอบได้มากกว่า ๑ ข้อ)
[] ได้รับการส่งเสริมสุขภาพด้วยการออกกำลังกาย [] ได้รับความรู้ป้องกันโรค
[] ได้รับการตรวจสุขภาพ [] ได้รับการจัดสรรเงินกู้
[] อื่น ๆ โปรดระบุ
๔. ใครเป็นเจ้าของ กองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ (ตอบได้มากกว่า ๑ ข้อ)
[] องค์การบริหารส่วนตำบล/เทศบาล [] สปสช.
[] อสม. [] ประชาชนในชุมชน
[] โรงพยาบาล/สถานอนามัย [] รัฐบาล

๕. ท่านมีความพึงพอใจต่อการดำเนินงาน กองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ ในระดับใด

[] ดี เหตุผล.....

[] ต้องปรับปรุง เหตุผล.....

[] เฉย ๆ เหตุผล.....

๖. ท่านมีข้อคิดเห็นเพิ่มเติม เกี่ยวกับการดำเนินงาน กองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ อย่างไร?

๗. ท่านทราบข้อมูลเกี่ยวกับ กองทุนหลักประกันสุขภาพ จากแหล่งใด (ตอบได้มากกว่า ๑ ข้อ)

[] จดหมายจากทางราชการ [] วิทยุ [] โทรทัศน์

[] หนังสือพิมพ์ [] แผ่นพับ/โปสเตอร์ [] จดหมายข่าว สปสช.

[] แพทย์/พยาบาล/บุคลากรด้านสาธารณสุข [] ญาติ/เพื่อนบ้าน

[] ผู้นำชุมชน/กำนัน/ผู้ใหญ่บ้าน [] อาสาสมัครประจำหมู่บ้าน (อสม.)

[] เสียตามสายในหมู่บ้าน [] สายด่วน บัตรทอง โทร. ๑๓๓๐

[] องค์กรบริหารส่วนตำบล/เทศบาล [] อื่น ๆ โปรดระบุ.....

๘. ท่านพึงพอใจในการประชาสัมพันธ์ข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับ กองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ ในระดับใด

[] ดี เหตุผล.....

[] ต้องปรับปรุง เหตุผล.....

[] เฉย ๆ เหตุผล.....

๙. ถ้าคะแนนความพึงพอใจเต็ม ๑๐ คะแนน ท่านให้คะแนนความพึงพอใจต่อการทำงานของกองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ ในตำบลของท่าน เท่าใด

(ระบุตัวเลข โดยกำหนดให้ ๐ = ไม่พึงพอใจเลย จนถึง ๑๐ = พึงพอใจมากที่สุด)

ระบุคะแนน

คณะกรรมการกองทุนหลักประกันสุขภาพอบต./เทศบาล.....

ขอขอบคุณท่านที่ให้ความร่วมมือในการตอบแบบประเมินครั้งนี้

ลงชื่อ

(.....)

นายก อบต./เทศบาล.....

ประธานกรรมการกองทุนหลักประกันสุขภาพ